



MEDICAL ASSISTANCE ADMINISTRATION
SERVICIOS DE APOYO PARA LA MATERNIDAD
HERRAMIENTA PARA EL ANÁLISIS DE CLIENTES
MATERNITY SUPPORT SERVICES - CLIENT SCREENING TOOL

FECHA DE HOY

NOMBRE DEL CLIENTE		APELLIDO		NOMBRE		INICIAL		FECHA DE NACIMIENTO	
DIRECCIÓN				CIUDAD		ESTADO		CÓDIGO POSTAL	
Nº DE TELÉFONO		TELÉFONO PARA MENSAJES		FECHA EN QUE COMENZÓ EL CUIDADO PRENATAL		FECHA ESTIMADA DE PARTO		GRUPO ÉTNICO	

1. Historia de los embarazos

- a. ¿Cuántas veces estuvo embarazada? _____
- b. ¿Ha tenido alguna vez un parto prematuro o un nacimiento prematuro? Sí No
- c. ¿Cuántos de sus hijos viven aún? _____ ¿Cuántos viven con usted? _____
- d. ¿Cuáles son sus sentimientos en cuanto a este embarazo?
- _____
- _____
- _____

2. Educación para padres y para el nacimiento

- a. ¿Qué le gustaría saber sobre el embarazo, el parto y el cuidado de su recién nacido?

3. Necesidad de transporte para asistir a las citas médicas

- a. ¿Cómo va de un lugar a otro? Automóvil Bus Otro (Especifique) _____
- b. ¿Cómo piensa llegar a sus citas médicas? _____
- c. ¿Tiene transporte para ir a hacer compras, visitar amigos, asistir a grupos o la escuela? Sí No

4. Necesidad de ayuda para su cuidado y el de su bebé

- a. ¿Puede leer instrucciones? Sí No
- b. Su idioma principal _____ Su segundo idioma _____
- c. Limitaciones físicas: _____
- d. Describa el lugar donde vive: (Ejemplos: Renta, propietario, familiares, amigos, hospedaje, motel, automóvil)
- _____
- e. Otras necesidades: _____

5. Problemas de salud y alimentación

- a. Generalmente, ¿cuántas comidas come por día? _____
- b. ¿Tiene suficiente comida? Sí No
- c. ¿Pasa algunas comidas sin comer? Sí No
- d. ¿Dónde come la mayoría de sus comidas? En mi casa Comida rápida Hospedaje Otro (Especifique) _____
- e. ¿Qué bebidas toma generalmente? _____
- | | Sí | No |
|--|--------------------------|--------------------------|
| f. ¿Es bajo el nivel de hierro en su sangre (anemia)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. ¿Tiene alta presión sanguínea? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h. ¿Tiene diabetes ahora o durante sus embarazos? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| i. ¿Tiene problemas de aumento o pérdida de peso durante el embarazo? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| j. ¿Se le ha dicho que usted tiene problemas de salud mental? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| k. ¿Tiene depresión o sabe de otros en su familia que sufren de depresión? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| l. ¿Diría usted que es una persona ansiosa? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| m. ¿Está tomando medicamentos recetados? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Si respondió Sí, indique qué remedios toma: _____ | | |
| n. ¿Qué ejercicio físico regular hace? _____ ¿Cuán a menudo? _____ | | |
| o. ¿Tiene alguna preocupación por su salud o alguna otra condición médica? | | |
| _____ | | |

6. Uso de alcohol, drogas o productos de tabaco

	SÍ	NO
a. ¿Fuma cigarrillos? Si respondió Sí, ¿cuántos cigarrillos por día? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. ¿Está usted expuesta al humo del cigarrillo de otras personas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. ¿Ha usado alcohol antes o durante este embarazo? ¿Cuántas copas necesita para sentirse mareada (o ebria)? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. ¿Ha usado drogas antes o durante este embarazo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. ¿Ha tenido en el pasado problemas con el uso de las drogas o el alcohol?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. ¿Hay alguien que viva con usted que tiene un problema con el uso de las drogas o el alcohol?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. Sistema de apoyo

a. ¿Tiene a alguien que la pueda ayudar durante el embarazo? Sí No

b. ¿Con quién habla de las cosas difíciles de su vida? _____

c. ¿Cómo se siente en cuanto a su embarazo el padre de este bebé? _____

d. ¿Con qué grupos se reúne o a qué grupos pertenece? _____

8. Preocupación por usted y sus hijos

a. ¿Está preocupada de que alguien la maltrate? Sí No

b. ¿Está preocupada de que alguien maltrate a sus hijos? Sí No

9. Habilidad para enfrentar los problemas

	Necesito ayuda				Ando bien
	1	2	3	4	5
a. ¿Tiene usted la habilidad o confianza de poder atender a sus necesidades físicas y mentales?	<input type="checkbox"/>				
b. ¿Tiene usted la habilidad o confianza para resolver los problemas de su vida?	<input type="checkbox"/>				
c. ¿Tiene usted la habilidad o confianza de controlar el enojo en su vida?	<input type="checkbox"/>				

10. Planeamiento para el futuro

a. ¿Cómo planea alimentar a su bebé? Pecho Botella Ambos No sé

	SÍ	NO	NO sé
b. ¿Planea volver al trabajo o a estudiar después de tener al bebé?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. ¿Planea usar algo para el control de la natalidad después de tener al bebé?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11. ¿Hemos tratado todos los temas? Hay algo más que ahora le preocupa acerca de su embarazo?

To Be Filled Out By Agency Staff

NAME OF HEALTH CARE (OBSTETRICAL) PROVIDER	TELEPHONE NUMBER
ADDRESS	CITY STATE ZIP CODE
NAME OF MEDICAID HEALTH PLAN	PATIENT IDENTIFICATION CODE (PIC)
NAME OF PEDIATRIC PROVIDER	TELEPHONE NUMBER

Interviewer Observations

Date: _____

REVIEWED BY: _____